



FULL DE MATRÍCULA

| | | | |
|----------------------|--|--|------|
| NOM I COGNOMS | | | |
| DATA DE NAIXEMENT | | | EDAT |
| ADREÇA | | | |
| NOMS DELS PARES | | | |
| TELÈFONS DE CONTACTE | | | |
| E-MAIL DEL PARE | | | |
| E-MAIL DE LA MARE | | | |
| DIA DE CLASSE | | | |

SI / NO autoritzo a l'Estudi Soriano Camacho a fer ús de la imatge del meu fill en les promocions puntuals de les activitats que es fan a l'estudi (informacions, Web, ...)

Comunico que el meu/meva fill/filla **SI / NO** té cap al·lèrgia als medicaments habituals utilitzats en els primers auxilis (cristalmina, betadine, aigua oxigenada, etc.) i **SI / NO** té cap al·lèrgia alimentària. (en cas **afirmatiu** indiqueu quin tipus de al·lèrgia i a quins medicaments i/o aliments)

Barcelona de de 20
Signatura.:

AUTORITZACIÓ BANCÀRIA

En/Na

en qualitat de Pare Mare Tutor Interessat

amb DNI núm. i titular del compte núm.:

| ES | Entitat | Oficina | D.C. | Número del compte |
|----|---------|---------|------|-------------------|
| | | | | |

de la entitat
autoritzo a Elvira Soriano a què em carregui al meu compte l'import de la quota mensual del curs indicat.

Tanmateix autoritzo el càrrec tant de les despeses de devolució com de la nova presentació en el supòsit que es produeixi una devolució d'un rebut domiciliat.

Barcelona de de 20
Signatura